

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

*Дивакова Т.С., Мастыков А.Н., Кононова Е.А.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Несостоятельность мышц тазового дна у женщин нередко сочетается со стрессовым недержанием мочи. Подкомитетом по стандартизации Международного общества по удержанию мочи (Standardization Sub-committee of the International Continence Society) стрессовое недержание мочи определили как непроизвольная потеря мочи, возникающая при повышении давления в брюшной полости в результате физической активности (бега, прыжков), чиханья, кашля и других факторов [2]. Недержание мочи не является угрожающим для жизни заболеванием, но эта патология существенно снижает качество жизни больных с несостоятельностью мышц тазового дна. В связи с этим его лечение представляет одну из актуальных и серьезных проблем современной урогинекологии. До настоящего времени разработано более 200 оперативных методик коррекции

недержания мочи при напряжении. Подход к лечению определяется причиной заболевания, анатомическими нарушениями, выраженностью недержания мочи, сопутствующей гинекологической патологией, влиянием на качество жизни. Основной целью лечения становится восстановление нормальной анатомии путем перемещения и фиксации уретровезикального сегмента в физиологическое положение.

Целью исследования явилась оценка качества жизни женщин после хирургической коррекции стрессового недержания мочи и несостоятельности мышц тазового дна.

Материал и методы. С декабря 2005 по март 2007 года было прооперировано 15 женщин (основная группа), страдающих стрессовым недержанием мочи и опущением передней стенки влагалища. Средний возраст пациенток составил $52,7 \pm 1,8$ года. Стрессовое недержание мочи в сочетании с цистоцеле отмечено у 13 больных (86,7 %); стрессовое недержание мочи в сочетании с цистоцеле, элонгацией шейки, опущением матки II степени и миомой матки - у 1 (6,7%), стрессовое недержание мочи в сочетании с цистоцеле, ректоцеле и старым разрывом промежности - у 1 (6,7%).

Хирургическое лечение у всех больных заключалось в выполнении slingа уретры TOT и передней кольпоррафии по разработанной нами методике [1]. Кроме этого в 1 случае выполняли влагалищную экстирпацию матки и ее придатков при лапароскопической ассистенции, в 1 случае – пластику задней стенки влагалища и мышц промежности. Контрольную группу составили 9 больных идентичного основной группе возраста ($49,7 \pm 1,3$; $P < 0,05$) со стрессовым недержанием мочи и цистоцеле, которым было выполнено только передняя пластика влагалища с захватом парауретральных тканей. Оперативные вмешательства проводились под спинальной анестезией лидокаином. В послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию (ципрофлоксацин + метронидазол), терапию низкомолекулярными гепаринами и анальгетиками.

Результаты лечения оценивали на основании стандартных клинико-лабораторных исследований, данных ультразвукового сканирования и анкетирования больных до, на 7, 30 и 60 сутки после операции. Анкета-опросник была составлена нами на основании специализированного опросника для больных, предъявляющих жалобы на недержание мочи при напряжении и теста фирмы «Solvaay pharma», включала 37 вопросов по оценке функции мочеиспускания. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета статистических программ "STATISTICA" 6.0.

Результаты и обсуждение. При проспективной оценке эффективности оперативного лечения больных основной и контрольной групп выявлено, что отсутствовали случаи интраоперационных осложнений (кровотечение, ранение близлежащих органов, осложнения наркоза). В 1 случае имели место технические сложности проведения иглы и сетки через obturatorную мембрану ввиду гиперстенического и по мужскому типу телосложения. Устранение цистоцеле было достигнуто у всех больных.

В раннем послеоперационном периоде интенсивность болевого синдрома снижалась в обеих группах к 5-7 суткам. Однако у 4 больных основной группы сохранялась ноющая боль в верхней трети внутренней поверхности бедра. Длительность и степень выраженности температурной реакции была схожа у

больных с сочетанием передней кольпоррафии, слингом уретры TOT и только передней кольпоррафией. У 2 больных с расширенной зоной оперативного лечения (передняя пластика влагалища, слинг уретры TOT, влагалищная экстирпация матки или пластика задней стенки влагалища и мышц промежности) температурная реакция была более выраженной и длительной. Нагноение, расхождение швов, отторжение сетки, формирование гематом, эрозии стенки влагалища не было ни в одном случае. Нормализация лабораторных показателей общего анализа крови была схожа в обеих группах. В анализах мочи у больных основной группы отмечено более длительное (7-9 дней в основной группе и 3-4 дня в контрольной) сохранение повышенного уровня лейкоцитов, эритроцитов и эпителиальных клеток.

По данным ультразвукового исследования на 7, 30 и 60 сутки после операции уретровезикальный угол уменьшился на 23,8% в основной группе и на 4,3% в контрольной группе ($P<0,05$).

При сравнении анкетирования в двух группах больных выявлено, что у 86.7% больных из основной группы исчезли случаи недержания мочи ночью, в горизонтальном положении тела и при смене положения тела, тогда как в контрольной группе только у 2 (22,2%) из 9 больных имело место исчезновение данной симптоматики ($P<0,05$). 93.3% больных из основной группы отметили прекращение потери мочи при ходьбе и чихании, 80,0% - при кашле, 73.3% - потери мочи в вертикальном положении тела. 54.3% больных из основной группы отметили уменьшение количества эпизодов непроизвольной потери мочи до 1-2 раз в сутки. В тоже время вышеперечисленные симптомы нарушения мочеиспускания в контрольной группе сохранились ($P<0,05$) во всех случаях. Полное восстановление трудоспособности, семейной жизни, абсолютное удовлетворение хирургическим лечением отметили 7 (46,7%) пациенток из основной группы и ни одна пациентка ($P<0,05$) из контрольной группы.

Выводы. Сочетание двух методов оперативного вмешательства из одного операционного доступа (передняя кольпоррафия и слинг уретры TOT) по разработанной нами методике у больных при несостоятельности мышц тазового дна и стрессовом недержании мочи не приводит к возникновению интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений. Выполнение двух оперативных вмешательств по устранению цистоцеле и изменению уретровезикального угла обеспечивает исчезновение стрессового недержания мочи и полное восстановление качества жизни женщин в 50% случаев и улучшение качества жизни в остальных случаях.

Литература

1. Дивакова, Т.С., Оперативное лечение больных со стрессовым недержанием мочи и опущением передней стенки влагалища / Т.С. Дивакова, А.Н. Мастыков //Безопасное материнство в XXI веке: материалы VIII съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь - Витебск: ВГМУ, 2007 - С 94-96.
2. T. P. Miles [et al.] // J. Gerontol. A: Biol. Sci. Med. Sci. - 2001. - Vol. 56, N 1. - P. 19-24.